

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Laurent PINON

Né le 11 novembre 1913, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut d'Hygiène
de l'Université de Paris
Diplômé de Médecine Sanitaire Maritime

LES
PROBLÈMES MÉDICAUX
DE L'IMMIGRATION

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Laurent PINON

Né le 11 novembre 1913, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut d'Hygiène
de l'Université de Paris
Diplômé de Médecine Sanitaire Maritime

LES

PROBLÈMES MÉDICAUX
DE L'IMMIGRATION

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE, LE DOCTEUR O. PINON

A MON PÈRE, LE DOCTEUR M. PINON

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller Technique Sanitaire
du Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMILLE LIAN

Médecin de l'Hôpital Tenon
Officier de la Légion d'honneur

*Nous sommes heureux de pouvoir lui
exprimer ici toute notre reconnaissance.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

A M. LE PROFESSEUR SERGENT
A M. LE PROFESSEUR CUNÉO
A M. LE PROFESSEUR PROUST (*in memoriam*)
A M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
A M. LE DOCTEUR TIXIER
A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL CHEVALLIER
A M. LE DOCTEUR CLEISZ
A M. LE DOCTEUR L. HOUDARD

A M. LE DOCTEUR MARCEL PINARD

*Que nous remercions ici de tout ce qu'il
nous a appris et de la sympathie qu'il
nous a toujours témoignée.*

AU DOCTEUR ALAIN MOUCHET

AU DOCTEUR JEAN FACQUET

A NOS CONFÉRENCIERS

AUX DOCTEURS JEAN ET ROBERT JUDET

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PH. NAVARRE

Sous-directeur de l'Institut d'Hygiène
Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen
Chevalier de la Légion d'honneur

AU DOCTEUR RENÉ MARTIAL

En remerciement de ses conseils.

A MONSIEUR P. POUILLOT

Inspecteur divisionnaire du Travail

Avec toute notre gratitude pour les renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer.

A M. RENÉ LOBSTEIN

Bibliothécaire à la Faculté de Médecine

LES PROBLÈMES MÉDICAUX DE L'IMMIGRATION

INTRODUCTION

Phénomène humain permanent, l'immigration possède ses lois et son histoire.

De tout temps, la France fut un pays d'immigration, la freinant et la favorisant tour à tour. Actuellement, dans notre pays, on constate — environ, car les statistiques sont difficiles à établir, encore plus à interpréter — 3 millions d'étrangers. Ininterrompue, l'immigration semble chez nous non seulement inévitable, mais aussi nécessaire. On peut, en gros, répartir ce nombre de 3 millions en trois catégories.

1° LES IMMIGRANTS SOLLICITÉS. — Il ne faut pas oublier que la guerre a fait 1.400.000 morts qui étaient des hommes en pleine activité. A côté des morts, des disparus, on doit compter tous ceux dont le potentiel de travail s'est trouvé diminué : les invalides et les infirmes. En raison des besoins de la main-d'œuvre, on faisait venir en France, dès 1915, des étrangers ; un service de la main-d'œuvre étrangère était créé en 1917.

Depuis longtemps, le taux de notre natalité va s'ef-

fondrant ; la dépopulation de notre pays constitue un fait trop grave pour qu'on ait besoin d'insister, et bien avant-guerre déjà, on faisait venir des travailleurs étrangers (traité avec l'Espagne en 1862).

Et petit à petit, le Français abandonne certaines professions pénibles, certains métiers manuels, cherchant à gagner sa vie au prix de moins de travail et de moins d'efforts. Nos campagnes ne se dépeuplent-elles pas au profit des villes ?

Ces trois conditions, historique, démographique, sociale ont créé dans l'Agriculture comme dans l'Industrie, le besoin incontestable d'un apport étranger, besoin qui fut encore plus sensible après la guerre, où il fallut « tout de suite » des travailleurs valides et robustes.

Et des conventions furent signées avec la Pologne (1919), l'Italie (1919), la Tchécoslovaquie (1920), la Belgique (1921-1924), le Luxembourg (1925-1930), l'Autriche (1928), la Yougoslavie (1929), la Grèce (1929), la Roumanie (1930).

Ainsi fut organisée une immigration sollicitée et contrôlée, qui constitue la part la plus importante de ces trois millions d'étrangers qui vivent sur notre sol.

2^o LES IMMIGRÉS POLITIQUES ET RELIGIEUX. — A côté de cette première catégorie, il convient d'envisager tous ceux qui pour des raisons politiques ou religieuses ont dû quitter leur pays d'origine. Ce furent tour à tour les réfugiés Russes, Arméniens, Italiens, les Juifs allemands et autrichiens, les Sarrois...

Quoiqu'on puisse penser, cette catégorie n'est pas très nombreuse. D'après les chiffres cités par Raymond Millet, dans son ouvrage éclairé, précis, et impartial, il y aurait dans la région parisienne : 70.000 réfugiés politiques sur 392.000 étrangers à savoir : 30.000 Russes Blancs, 20.800 Italiens, 10.000 Allemands environ.

3^e L'IMMIGRATION CLANDESTINE ET IRRÉGULIÈRE est beaucoup plus importante. Se consacrant à l'artisanat, au petit commerce, elle vit aussi, parfois de trafics plus ou moins avouables.

Jointe à la catégorie précédente, elle constitue ce qu'on peut appeler par opposition à la première : *l'Immigration spontanée*.

Dans cette étude, nous ne ferons pas entrer les touristes, les hôtes riches. Nous réserverons également le problème tout différent des étrangers dans les professions libérales, ou des naturalisations.

Nous voulons simplement envisager *les problèmes médicaux* que pose une question aussi vaste que celle de l'Immigration. Nous les envisagerons avec objectivité, avec impartialité, comme doit le faire un médecin. Et dans un travail aussi bref, nous n'avons pas la prétention d'apporter des solutions définitives, mais si, au moins nous avons attiré l'attention sur ces problèmes, si nous en avons objectivement fixé les données, nous penserons avoir fait une œuvre utile et nécessaire.

On conçoit toute la perturbation que représente l'immigration :

— Pour *l'immigrant* d'abord, qui va changer de vie, de climat, au sens le plus large du mot et qui devra s'adapter à des conditions nouvelles : changement donc, et réadaptation.

— Le pays récepteur, lui aussi, va subir l'influence de l'immigration.

Un seul immigrant ne peut-il être le point de départ d'une contamination importante ? dans la suite, l'étranger réagira par son état sanitaire particulier sur l'état sanitaire général du pays. Enfin, il pourra s'intégrer au pays d'une façon plus complète, avoir des descendants, et leur transmettre ses qualités ou ses tares.

On voit donc tout ce qui intéresse le médecin, l'hygiéniste, l'ethnologue même dans le large cadre de *l'immigration*. Les problèmes sont complexes, variés, autant et plus peut-être que l'immigration elle-même.

Schématiquement, on peut les diviser en trois groupes, que nous aborderons successivement :

- 1^o Comment s'effectue actuellement le *Contrôle* médical de l'immigration. Quels en sont les limites ? Quels perfectionnements y apporter ?
- 2^o Quelle est « *la valeur sanitaire* » de l'immigration en France et comment l'améliorer ?
- 3^o Sur quels critères biologiques et médicaux peut-on organiser une *immigration*, non plus seulement de main-d'œuvre, mais de *peuplement* ?

La gravité et l'importance actuelles de ces problèmes montrent combien le médecin doit s'intéresser au grand fait humain qu'on appelle l'immigration.

★ ■ ★

La population étrangère en France

QUELQUES CHIFFRES (d'après Millet).

Italiens.....	887.732
Polonais	463.143
Espagnols	410.183
Belges	211.484
Russes	63.349
Suisses	58.880
Allemands.....	48.786
Tchèques.....	41.496
Anglais	34.912
Portugais	32.472
Hongrois	30.000
Yougoslaves	25.668
Roumains	25.000
Hollandais	22.000
Grecs	21.272
Turcs	18.000
Autrichiens	18.000
N. Américains	11.467

CHAPITRE I

Le contrôle de l'immigration

Nous n'avons pas à retracer ici l'histoire ou les fluctuations de l'immigration en France, où elle a toujours existé, avec une intensité variable.

En fait, l'idée du Contrôle de l'immigration existe depuis longtemps. Nous avons déjà signalé qu'un traité avec l'Espagne avait été signé en 1862. Avant-guerre aussi, on avait organisé avec un succès mitigé, une immigration polonaise, une immigration italienne, mais il n'y a aucun contrôle véritable avant 1910 ; et il faut attendre 1915 pour voir créer un office de la main-d'œuvre agricole.

Pendant la guerre, l'introduction massive de main-d'œuvre étrangère (1/2 million d'individus dont la moitié seulement était de race blanche) avait nécessité la mise sur pied de tout un système et le service de la main-d'œuvre étrangère au Ministère du Travail était institué en 1917.

On sait que par la suite, le Gouvernement français conclut des accords avec les pays qui pouvaient nous envoyer des travailleurs. Ne nous arrêtons pas ici sur les formalités de recrutement, de contrat-type et de

placement. Mais ces accords prévoyaient une sélection professionnelle, morale, une sélection médicale enfin. Une grosse part de ces activités est revenue à la *Société générale d'Immigration agricole et industrielle*.

Nous allons voir de quelle façon s'opérait, et s'opère le contrôle dans les principaux pays d'immigrants.

Auparavant, réglons brièvement une question de Législation Sanitaire internationale.

Lutte contre les maladies pestilentielles et les maladies transmissibles graves.

Les maladies pestilentielles (choléra, peste, fièvre jaune) et les maladies transmissibles graves (variole, typhus exanthématique) constituaient autrefois des fléaux redoutés, et des épidémies étaient de règle chaque fois que l'on avait affaire à un mouvement important de population.

Depuis longtemps, les Nations ont essayé de lutter contre ces calamités, et la Conférence Sanitaire internationale de Venise proposait en 1892, une première Convention qui avait trait à la prophylaxie du choléra. Auparavant, déjà, il y avait eu des conférences, mais aucune mesure n'avait été prise avant cette date. D'autre part, les mesures ne sont devenues efficaces qu'autant qu'on connaissait mieux ces maladies, leur mode de transmission, leur incubation, leur traitement, leur prophylaxie.

La dernière convention date de 1926. Elle a établi des règles strictes et précises dont l'observation élimine

le danger. Ces règles sont faciles à prendre aux frontières maritimes, plus délicates aux frontières terrestres, mais un Etat a le droit de fermer ses frontières et d'éviter que l'immigration (dans ce qu'elle a de plus général), ne devienne l'origine d'une épidémie dont les moyens curatifs actuels ne diminueraient pas la gravité.

Catégories d'étrangers touchés par le contrôle.

Il est banal de dire que le contrôle sanitaire de l'immigration est une chose difficile. Et pourtant, nous le répétons. Il est des cas où ce contrôle est possible ; il en est d'autres où le problème paraît insoluble.

Il est possible et *facile* quand il s'agit d'une *immigration sollicitée* collective.

Il est *possible* si un étranger dans son pays d'origine demande officiellement à venir travailler en France.

Il est *possible* quand un étranger, en France, sollicite une carte de travail.

Il est donc *possible* quand il s'agit d'un étranger *salaarié*.

Or les étrangers salariés, avec leur famille, représentent approximativement la moitié de l'immigration, soit un peu moins de 1.500.000 individus.

Les réfugiés politiques qui arrivent en groupe peuvent être soumis à une visite de dépistage, à une vaccination antivariolique systématique. Mais ils ne franchissent pas toujours la frontière officiellement.

Pour les irréguliers, les clandestins, pour ceux qui

viennent faire du commerce — et le commerce est libre en France —, il n'y a plus de contrôle médical. Il y a des immigrants clandestins qui se mêlent à la foule des frontaliers. Or, les frontaliers surtout dans le Nord, sont à peine considérés comme des étrangers.

En gros, on peut donc dire dès maintenant qu'il y a deux cas bien différents :

— celui de l'*immigration sollicitée* :

— collective : contrôle facile,

— individuelle : contrôle possible.

— celui de l'*immigration spontanée* :

— collective : contrôle réalisable,

— individuelle : contrôle délicat.

Et puis, il y a le *tourisme*.

Qu'on se rappelle Duhamel et ce qu'il écrit dans les *Scènes de la Vie future*. On ne peut imposer aux touristes qui sont nos invités, un contrôle médical d'une utilité contestable dans ce cas, et qu'ils considéreraient davantage comme une brimade injustifiée que comme une précaution légitime. La France est réputée pour son hospitalité, ne l'oublions pas. Elle doit tenir compte de la psychologie de ses hôtes. Et puis, si nous prenions des mesures, immédiatement des mesures de représailles seraient appliquées ailleurs, entraînant une véritable guerre sanitaire. Ceci n'empêche pas que certains immigrants, voulant échapper au contrôle, se font passer pour touristes, et s'installent en France.

Organisation du contrôle médical.

Il faut distinguer :

- ce qu'on faisait en 1935 :
dans la plupart des pays,
en Italie,
- et ce qu'on fait depuis 1935.

1^o AVANT 1935.

Si le pays qui nous a fourni le plus d'immigrants, est peut-être la Pologne, prenons ce pays pour exemple.

Des missions officielles françaises étaient accréditées auprès du Gouvernement Polonais (et de la plupart des pays étrangers fournissant une immigration).

Ces missions se chargeaient du contrôle de l'immigration, ou seules, ou en collaboration avec le pays de recrutement.

La Société générale d'immigration organisait les opérations.

Les travailleurs recrutés subissaient une première visite médicale, passée par un médecin Polonais, avant d'être dirigés vers les dépôts du Sud.

Au dépôt, nouvel examen médical passé soit par un médecin français soit par un médecin polonais accrédité auprès du Consul de France (1).

(1) Si l'on en juge d'après ce qu'écrit le Dr Martial (la greffe Inter-raciale) ce contrôle se pratiquait de façon insuffisante. Un médecin, un seul, devait en une journée vacciner, examiner de 800 à 1.000 individus.

Les trains d'immigrants placés sous surveillance sanitaire arrivaient au dépôt d'arrivée où une contre-visite était pratiquée.

Si la sélection au départ éliminait de 10 à 25 % des postulants, le déchet à l'arrivée n'était que de 1 ‰. C'est peut-être ce qui a décidé la suppression des dépôts de :

Toul et Marseille,
des bureaux de :
Modane, Menton, Perpignan, Hendaye,
depuis 1935.

Notons qu'il y avait des médecins français en Pologne (ailleurs, il s'agissait de médecins accrédités) et, que d'une façon générale les opérations de contrôle, étaient organisées par la S. G. I.

En Italie. — Jamais les Italiens n'ont accepté sur leur territoire le fonctionnement d'une mission française officielle ou patronale pour la sélection de la main-d'œuvre. Des médecins italiens contrôlaient les immigrants au départ, et l'on n'a d'ailleurs jamais eu à se plaindre de leur examen. En effet, la sélection à l'arrivée, organisée par les employeurs à Modane ou à Menton, aboutissait au refoulement de peu d'immigrants, 7 % environ.

Mais actuellement, le mouvement des travailleurs italiens s'est restreint considérablement et l'immigration italienne désormais est surtout de nature politique.

2^o DEPUIS 1935.

Il n'y a plus de missions officielles, il n'y a plus de dépôts à l'arrivée.

Il n'y a plus qu'en Pologne où la S. G. I. s'occupe d'organiser et de contrôler l'immigration de main-d'œuvre, suivant la méthode que nous avons indiquée plus haut. Et elle se déclare satisfaite de son recrutement. Si le mouvement des travailleurs immigrants est réduit (environ 30.000 par an) on n'en rapatrie pas 50 pour maladie (1).

Ailleurs, en raison de la crise, on ne sollicite plus d'immigration massive. Elle est devenue surtout individuelle, et l'on comprend que les mesures médicales se soient modifiées.

Il existe donc à l'étranger, un certain nombre de médecins accrédités auprès du Consul de France.

Un immigrant sollicitant une carte de travail française doit passer une visite auprès de l'un de ces médecins accrédités, qui lui signera *son certificat sanitaire*.

S'il s'agit d'un étranger actuellement en France et sollicitant une carte de travail, il doit présenter un certificat sanitaire identique, signé d'un médecin accrédité auprès du préfet. Et aucune carte n'est délivrée sans présentation de ce certificat.

Voici le type de ce certificat sanitaire :

(1) Les services de la S. G. I. sont également satisfaits de leur immigration du point de vue professionnel et général.

CERTIFICAT SANITAIRE

Sur les instructions de M. le Préfet d.....

Je soussigné (1) Dr.....
résidant à
certifie avoir le.....

examiné le nommé { Nom
Prénoms :
Date et lieu de naissance :
Profession :
Nationalité.....

et procédé aux constatations suivantes :.....

1° La vaccination antivariolique de ce travailleur a été effectuée par mes soins
à la date ci-après :.....

2° Les résultats ont été (2)..... { Négatifs.
Positifs.

3° Ce travailleur est-il indemne de maladies mentales ? (3).....
(Autant qu'il est possible d'en juger d'après l'examen clinique de la
déclaration signée ci-contre de l'intéressé).

4° Ce travailleur est-il indemne d'épilepsie ? (3).....
(Autant qu'il est possible d'en juger d'après l'examen clinique et la
déclaration signée ci-contre de l'intéressé).

5° Indemne de cécité ? (3).....

6° Indemne de surdité ? (3).....

7° Indemne de toxicomanies ? (3).....
(Alcoolisme, opiomanie, morphinomanie ou cocaïnomanie).

8° Indemne de toute maladie infectieuse ou parasitaire en activité ? (3).....

9° Indemne de tuberculose pulmonaire en période contagieuse ? (4).....

(1) Les nom et adresse du médecin doivent être écrits lisiblement.
(2) Rayer la mention inutile.
(3) Répondre par oui ou par non.
(4) Répondre par oui ou par non, et si possible donner les résultats de l'examen bactériologique et radioscopique.
(5) Répondre par oui ou par non, et si possible donner les résultats de l'examen bactériologique et sérologique (Bordet-Wassermann).
Nota. — Ce certificat ne sera valable qu'autant qu'il aura été signé d'un médecin désigné par le Préfet et l'intéressé.
Son absence expose le travailleur à être purement et simplement refoulé par les autorités françaises.

10° Indemne de maladie vénérienne en période contagieuse ? (5)

(*Syphilis, blennorrhagie, chancre mou*).

11° Indemne des déterminations graves provoquées par les maladies vénériennes ? (3)

(*En particulier : syphilis cérébrale ou médullaire, paralysie générale, tabès, rhumatisme, blennorrhagie*).

12° Indemne de lèpre ? (3)

13° Indemne de trachome ? (3)

14° Indemne de toute maladie chronique l'exposant à une hospitalisation prolongée ? (3)

15° Y a-t-il lieu de procéder à la désinsectisation de ce travailleur avant son entrée en France ? (3)

En conséquence, ce travailleur étant vacciné et indemne des affections indiquées ci-dessus, remplit les conditions sanitaires requises pour l'admission sur le territoire français.

A défaut de la photographie figurant sur le présent certificat, le médecin soussigné a pris connaissance du passeport ou d'une pièce régulière d'identité du titulaire avec photographie.

A, le 193

Signature du médecin :

Déclaration de l'Impétrant.

Je soussigné

Certifie être indemne :

1° De maladies mentales ;

2° D'épilepsie ;

3° De toxicomanies (alcoolisme, opiomanie, morphinomanie ou cocaïnomanie ;

4° De manifestations actuelles de maladies vénériennes.

Je reconnais avoir été averti que la non-exactitude de cette déclaration m'expose à mon refoulement du territoire français, même après un séjour prolongé.

A, le 193

Signature

Constatations médicales ultérieures

Seuls sont dispensés de la visite sanitaire ceux qui résident en France depuis au moins cinq ans, ou ceux qui ont des enfants français.

A la lecture du certificat sanitaire, on s'aperçoit qu'il s'agit surtout d'un interrogatoire, et d'un examen clinique.

Pas plus l'examen radiologique que l'examen sérologique ne sont obligatoires, et l'on est en droit de s'en étonner.

* * *

Ainsi donc, on s'aperçoit que le contrôle médical de l'immigration est :

- difficile à réaliser, sauf dans le cas le meilleur de l'immigration sollicitée collective, et finalement seuls les travailleurs salariés y sont soumis.
- insuffisant dans ses modalités, puisqu'il se passe d'examens paracliniques élémentaires et d'une importance capitale.

Peut-on l'améliorer ? le renforcer ? l'élargir ?

Nous envisagerons ici, seulement le cas du travailleur qui vient fournir un apport de main d'œuvre, sans préjuger qu'il s'établira en France, qu'il aura des enfants d'une Française ou qu'il cherchera à se faire naturaliser. Il s'agit d'un contrôle visant une *immigration de travail et non pas de peuplement*.

Tout d'abord, puisqu'il existe des visites médicales, ne pourrait-on les rendre plus sévères et plus com-

plètes ? Cela reviendrait-il plus cher de faire les choses consciencieusement, de pratiquer une radioscopie, un examen sérologique du sang. Ce sont là des réformes d'un caractère et d'une réalisation très possibles.

Ne devrait-on pas ensuite imposer des visites médicales successives, après trois semaines, trois mois, six mois, par exemple, afin de voir si l'étranger s'adapte à sa vie nouvelle et si ses conditions d'existence sont suffisamment conformes aux règles élémentaires d'hygiène (1).

Donc, visites plus sérieuses, plus complètes et visites répétées constituent deux éléments qui amélioreraient le contrôle.

D'autre part, il est bien évident qu'on ne peut imposer le contrôle médical à tous les étrangers venant en France. Ne pourrait-on pas cependant le généraliser à tous ceux qui exercent chez nous une activité, un commerce, aux négociants, aux artisans. C'est là, aussi une mesure facile. Tous les individus qui s'installent chez nous subissent bien un contrôle ou doivent en subir un. Que ne le complète-t-on pas par le contrôle médical ? Est-ce donc une difficulté insurmontable ?

Ainsi seraient englobés dans le contrôle médical, on plus exactement dans son obligation, tous ceux qui, salariés ou non, travaillent en France. Et pourquoi ne pas étendre cette mesure à tous ceux qui séjournent

(1) Un examen radiologique répété pourrait même être pratiqué chez les Nord-Africains. Il permettrait de déceler précocement des modifications suspectes ou l'éclosion de lésions bacillaires.

On sait les ravages de la tuberculose chez les Nord-Africains.

en France, pour un temps supérieur à six mois par exemple.

Il pourrait d'ailleurs être envisagé des cas d'espèce, (touristes, hivernants...).

Un certain nombre de mesures pourraient donc rendre le contrôle plus étendu, plus efficace :

Et nous les résumons à nouveau :

— Des examens radiologiques et sérologiques compléteraient l'examen clinique et l'interrogatoire.

— Le contrôle serait étendu à tous ceux qui exercent en France une activité économique, et à tous ceux qui, par la durée de leur séjour intéressent directement la vie de la Nation.

Tout cela n'est ni inapplicable, ni inutile. Aussi c'est dans ce sens que nous verrions une réforme et un renforcement des mesures qui constituent le contrôle médical de l'immigration.

CHAPITRE II

L'état sanitaire de l'Immigration

L'état sanitaire de la population immigrée, des étrangers en France, est à l'ordre du jour. Devant le nombre d'étrangers se trouvant dans nos hôpitaux, dans nos asiles, dans nos hospices, les Pouvoirs publics se sont émus. Il est une opinion qui représente la France comme « un déversoir des incurables physiques et moraux ». Disons tout de suite, énergiquement que cette façon de voir est exagérée, et qu'elle n'a d'autre but que d'attaquer et de calomnier notre pays.

Si les statistiques du nombre d'étrangers dans les hôpitaux sont assez impressionnantes, elles ne correspondent cependant pas à une situation catastrophique.

Ces statistiques ont été établies d'ailleurs plus par souci économique et budgétaire que par souci médical. Elles envisagent en effet, le nombre de journées d'hospitalisation et non les maladies en cause.

Evidemment, il y a un problème économique et il est grave. Il est grave en raison de notre situation financière et d'un autre côté si la plupart des étrangers sont des indigents, les conventions avec les

pays d'origine sont rares et précaires (1). En fin de compte, c'est l'Etat français qui paie la plus grande partie des frais d'hospitalisation des étrangers qu'il a sollicités, qu'il a acceptés et des autres.

Avant d'aborder directement les statistiques, il convient de faire quelques remarques préliminaires :

1° Tout d'abord, du fait qu'il y a des étrangers, il faut bien admettre qu'il y aura des malades parmi eux ;

2° L'étranger ira plus facilement que le Français se faire soigner à l'hôpital. Car, fréquemment, il vit seul, sans foyer, sans famille ; malade il ne peut rester chez lui, et « chez lui », c'est souvent une malheureuse chambre d'hôtel ou une bicoque en bois, ou un dortoir.

Parfois aussi, c'est un indigent qui ne peut faire les frais d'une consultation médicale ;

3° Il est plus que d'autres exposé à la maladie, vivant trop souvent dans des conditions défectueuses d'hygiène, dans de véritables taudis, dans des locaux insalubres, où il est entassé et alors, comment s'étonner que la tuberculose soit fréquente ?

4° D'autant plus que, dans bien des cas il est sous alimenté, ce qui ajoute un nouveau facteur à son affaiblissement physique ou moral ;

5° Il est des étrangers qui viennent se faire soigner en France, attirés par le renom de notre culture

(1) Il y a bien des conventions, mais les Français à l'étranger constituent surtout des cadres. Ils se soignent en général eux-mêmes, à leurs frais, sans recourir à des conventions d'assistance.

médicale ; les uns riches iront auprès des médecins consultants, des spécialistes, ils feront des cures dans nos stations thermales ; les autres, les pauvres, n'ont d'autre ressource que d'aller à l'hôpital ;

6° Enfin, il faut signaler une pratique qui a été souvent dénoncée : c'est l'abandon au voisinage de la frontière d'un malheureux aliéné, tour à tour renié par sa famille qui s'en débarrasse et par son pays qui l'ignore. Dans ce cas, un simple devoir d'humanité s'impose,

Toutes les raisons que nous venons d'exposer expliquent que la proportion des malades est forcément assez forte chez les immigrants, et que les étrangers malades fréquenteront davantage les hôpitaux et les hospices. Il faut enfin réserver deux cas particuliers :

a) Celui des *Nord-Africains* qui subissent mal la transplantation. Ils deviennent en trois ans, dit le Dr Martial, la proie de l'alcool, de la tuberculose et des maladies vénériennes.

Aussi a-t-on créé des services de rapatriement qui fonctionnent sans trop de retard ;

b) Les *Slaves*, les *Orientaux*, les *Israélites* entrent pour une part importante dans le nombre des psychopathes et des aliénés. Il ne faut pas oublier que cette catégorie a subi des bouleversements économiques et moraux qui ont certainement favorisé une prédisposition atavique possible aux maladies mentales.

D'autre part, le peuple français est peut-être le mieux équilibré. Si l'on évoque l'exemple de notre littérature, on s'aperçoit que c'est notre Romantisme qui a été le moins déraisonnable. Et s'il y a des fous, chez nous, trop de fous, les plus grands responsables sont l'alcoolisme et la syphilis, directement ou héréditairement. Aussi la lutte contre les maladies mentales est en partie liée à la lutte contre ces deux fléaux.

Nous allons maintenant reproduire les statistiques, en extraire les éléments les plus intéressants et en tirer les leçons qui s'imposent.

Les statistiques que nous reproduisons sont les plus récentes et les plus instructives que nous ayons pu trouver. Elles portent sur le département de la Seine en 1935 et en 1936.

Mais cette restriction géographique est compensée par les considérations suivantes :

C'est dans la Seine qu'il y a le plus d'étrangers.

C'est dans la Seine qu'il y a le moins d'étrangers médicalement contrôlés.

L'immigration de la région parisienne enfin résume toute l'immigration française.

Ces tableaux sont extraits du *Bulletin Municipal officiel* du 28 juin 1938, p. 2.509 et sq.

a) ETRANGERS HOSPITALISÉS DANS LES HÔPITAUX
DÉPENDANT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

ANNÉE 1935

Nationalités	Nombre d'admissions	Nombre de journées	
		médecine	chirurgie
Autrichiens	101	717	734
Belges	1.302	18.766	12.618
Espagnols	1.205	18.050	12.070
Italiens	5.690	78.727	50.873
Luxembourgeois	161	2.326	1.608
Polonais	5.855	51.911	44.873
Suisses	551	8.581	4.859
Albanais	31	369	117
Allemands	412	3.550	3.011
Américains (U. S. A.)	44	151	197
Anglais	160	2.117	1.537
Argentins	10	24	782
Boliviens	»	»	»
Brésiliens	9	55	132
Bulgares	76	1.113	724
Canadiens	3	28	10
Chiliens	5	27	11
Chinois	100	1.764	704
Colombiens	3	76	17
Cubains	3	53	»
Danois	21	628	134
Egyptiens	30	207	278
Eshoniens	30	348	177
Finlandais	6	74	1
Grecs	371	4.372	2.681
Hollandais	76	1.426	754
Hongrois	425	3.525	3.959
Iranien	41	494	400
Japonais	8	165	25
Lettons	27	161	172
Lithuaniens	85	652	805
Libanais	18	108	84
Mexicains	3	29	28
Norvégiens	8	20	78
Palestiniens	6	24	54
Péruviens	6	62	133
Portugais	430	4.549	3.796
Roumains	676	6.927	5.551
Russes	1.846	35.109	15.913
Saint-Marin	29	198	198
Suédois	20	195	216
Syriens	41	608	306
Tchécoslovaques	564	4.717	5.972
Turcs	552	6.361	3.802
Vénézuéliens	3	9	»
Yougoslaves	219	4.001	1.533
Sans nationalité définie	954	11.680	8.844
Totaux	22.216	275.054	190.771

ANNÉE 1936

Nationalité	Nombre d'admissions	Nombre de journées		Total
		médecine	chirurgie	
Autrichiens	99	1.409	763	2.172
Belges	1.152	16.049	12.470	28.519
Espagnols	1.093	13.964	10.070	24.034
Italiens.....	4.871	66.394	47.001	113.395
Luxembourgeois	124	2.177	1.065	3.242
Polonais	5.215	45.826	42.689	88.515
Suisses	441	6.167	3.760	9.927
Albanais.....	33	411	190	601
Allemands.....	353	4.084	3.169	7.253
Américains (U. S. A.)	42	296	567	863
Anglais.....	163	1.690	1.846	3.536
Argentins.....	9	246	93	339
Boliviens	3	387	10	397
Brésiliens.....	3	2	35	37
Bulgares.....	94	1.180	1.028	2.208
Canadiens.....	3	24	»	24
Chiliens	5	41	33	74
Chinois	107	1.857	1.053	2.910
Colombiens	5	73	»	73
Cubains	5	62	207	269
Danois	23	278	83	361
Egyptiens	17	387	103	490
Esthoniens.....	21	159	169	328
Finlandais.....	11	87	117	204
Grecs	364	4.863	2.176	7.039
Hollandais	66	719	959	1.678
Hongrois.....	272	3.046	2.341	5.387
Irakiens.....	1	»	4	4
Iraniens.....	26	249	251	500
Japonais.....	3	92	»	92
Lettons.....	23	98	141	239
Libanais.....	24	1.085	185	1.270
Lithuaniens	71	856	538	1.394
Mexicains.....	7	14	30	44
Norvégiens.....	3	25	2	27
Palestiniens	10	55	48	103
Péruviens.....	7	22	5	27
Portugais	397	5.876	3.569	9.445
Roumains	547	5.783	4.593	10.376
Russes	1.611	31.519	16.474	47.993
Saint-Marin	27	66	350	416
Suédois.....	11	105	75	180
Syriens	31	573	172	745
Tchécoslovaques.....	457	5.704	4.302	10.006
Turcs	519	7.231	4.037	11.268
Vénézuéliens.....	1	32	»	32
Yougoslaves	317	5.090	3.293	8.383
Sans nationalité définie.....	913	16.540	9.133	19.663
Totaux	19.600	246.883	179.199	426.082

b) ETRANGERS HOSPITALISÉS EN 1935 ET EN 1936
DANS LES HOSPICES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Nationalités	Nombre d'hospitalisés		Nombre de journées	
	1935	1936	1935	1936
Belges.....	54	58	16.842	18.774
Italiens.....	40	54	11.757	14.410
Luxembourgeois ...	13	15	3.975	4.678
Polonais	2	4	638	1.347
Suisses	7	9	1.446	2.619
Total.....	116	140	34.658	41.828

ALIÉNÉS PLACÉS DANS LES ASILES DE LA SEINE EN 1935.

I. — *Aliénés ne bénéficiant pas d'une convention d'assistance :*

Etats	Nombre de journées	Nombre d'aliénés
Albanie.....	236	3
Allemagne.....	1.537	14
Angleterre.....	4.799	24
Argentine.....	409	4
Etats-Unis d'Amérique.....	549	2
Autriche.....	1.247	5
Bolivie.....	74	1
Bulgarie.....	48	2
Chili.....	365	1
Chine.....	1.096	4
Danemark.....	283	4
Espagne.....	4.926	29
Grèce.....	2.851	13
Haïti.....	217	2
Hollande.....	127	2
Hongrie.....	2.338	14
Irlande.....	183	2
Islande.....	193	1
Lettonie.....	493	4
Liban.....	385	3
Lithuanie.....	870	4
Monaco.....	363	2
Norvège.....	66	4
Palestine.....	365	1
Pérou.....	365	1
Portugal.....	1.666	7
Roumanie.....	2.336	18

Etats	Nombre de journées	Nombre d'aliénés
Russie.....	21.116	100
Suède.....	13	1
Tchécoslovaquie.....	4.213	22
Syrie.....	434	3
Turquie.....	3.167	16
Yougoslavie.....	910	6
Sans nationalité définie.....	5.410	25

II. — *Aliénés bénéficiant d'une convention d'assistance :*

Belgique.....	1.018	11
Italie.....	2.297	16
Luxembourg.....	124	1
Pologne.....	8.402	36
Suisse.....	6.664	40

De plus, signalons qu'en 1937, pour les 9 premiers mois, il y a eu :

14. 555 admissions d'étrangers,
soit : 195.385 journées de médecine,
140.342 journées de chirurgie

(sur lesquelles on compte 1.030 tuberculeux et 655 chroniques).

Ces tableaux présentent évidemment quelque aridité. Dégageons en quelques chiffres et quelques commentaires. Rappelons d'abord que les étrangers les plus nombreux dans la Seine sont :

— les Italiens.....	96.000
— les Polonais.....	58.750
— les Russes.....	30.000
— les Belges.....	26.000
— les Espagnols.....	24.500
— les Suisses.....	19.900
— les Allemands.....	14.800
— les Arméniens.....	11.850
— les Roumains.....	10.800

Quelle interprétation donner à ces statistiques ?
Extrayons d'abord de celle de 1936 ce qui nous paraît
le plus caractéristique, à savoir :

	Nombre d'admissions	Nombre de journées
Polonais	5.215	88.515
Italiens.....	4.871	113.395
Russes	1.611	47.993
Belges.....	1.152	28.519
Espagnols	1.093	24.034
Roumains	547	10.376
Turcs	519	11.268
Tchèques.....	457	10.006
Suisses	441	9.927
Portugais	397	9.445
Grecs	364	7.039
Allemands.....	353	7.253
Chinois	107	2.910
Sans nat. définie....	913	19.663

Constatons tout d'abord que si les étrangers les plus nombreux dans la Seine sont les Italiens, les Polonais, les Russes, les Belges et les Espagnols, ce sont les mêmes catégories qui viennent en tête de la liste de morbidité. Signalons, mais cela semble un détail que l'admission des Polonais est plus nombreuse que celle des Italiens, mais que le rapport est inversé dans la durée des hospitalisations (5.215 admissions pour les Polonais, 4.871 pour les Italiens et 88.515 journées pour les Polonais contre 113.395 pour les Italiens, même chose en 1935).

Notons successivement :

- que les 28.000 Suisses de la Seine (soit 3 fois moins nombreux que les Polonais) donnent

près de 10 fois moins de journées d'hospitalisation,

- que la proportion des Roumains malades est égale à celle des Polonais tandis que celle des Allemands voisine la proportion suisse.
- que les Grecs, les Turcs, les Chinois et d'une façon générale tous les Orientaux représentent des proportions élevées de malades.

Il semble donc que le taux de morbidité augmente d'autant plus que le pays d'origine s'éloigne, ce qui n'a rien d'étonnant puisque la transplantation est d'autant plus marquée.

Il semble aussi que le taux de morbidité augmente avec la pauvreté de l'immigration. Ce sont là des résultats logiques.

Sur des statistiques plus anciennes, Mauco donne successivement comme pourcentages les plus élevés les Nord-Africains, les Arméniens, les Grecs, les Asiatiques, les Russes, les Turcs tandis que les plus faibles seraient fournis par :

Les Suisses, les Belges, les Anglais.

Et il ajoute : « proportionnellement à leurs effectifs en France, les Nord-Africains et les Asiatiques comptaient cinq à six fois plus de journées d'hospitalisation que les Polonais ou les Italiens. Il faut remarquer que c'est d'ailleurs parmi ces éléments que l'on rencontre le plus d'isolés et le moins de familles ».

Pourquoi n'avons-nous pas pris soin de calculer les taux sur des statistiques récentes. Nous reprochera-t-on

d'avoir voulu rester dans le vague ? Certainement pas.

Si nous ne l'avons pas fait c'est en raison de l'incertitude de quelques nombres qui risquaient de fausser brutalement nos rapports et leurs résultats. Une erreur est plus sensible sur un taux que sur des valeurs absolues. Ces statistiques donnent un ordre de grandeur, une possibilité d'appréciation. Y chercher des vérités mathématiques serait vouloir mathématiquement se tromper.

Et puis, nos statistiques ne portent que sur le département de la Seine (ce qui est une délimitation plus vague qu'elle n'en a l'air). D'autre part, n'est-on pas frappé en voyant que 913 malades admis, l'ont été sans que leur nationalité fut exactement définie ?

Il est évident aussi que tous les départements ne se comportent pas comme le département de la Seine où ces faits ont leur importance ; c'est peut-être dans la Seine qu'il y a le moins d'étrangers contrôlés, et c'est dans le même département que l'on trouve le plus d'étrangers riches qui n'iront pas se faire soigner à l'hôpital. Mauco a relevé des proportions très fortes dans les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Rhône, le Pas-de-Calais. Ce sont là des régions frontières et industrielles.

Mauco signale enfin, que le nombre des étrangers dans les hôpitaux représente 8 % du total des hospitalisés, taux un peu supérieur à celui des étrangers dans la population.

Le problème des aliénés.

Nous venons de dire la difficulté d'avoir des statistiques. En s'occupant des aliénés, on voit combien, suivant les uns ou les autres, les chiffres peuvent varier.

Pour 1936, deux conseillers généraux de la Seine donnent les précisions suivantes :

Il y a eu, en tout, dans les asiles de la

Seine.....	3.065 admissions
Sur ces 3.065 malades, il y avait.....	419 étrangers

ce qui conduit aux résultats suivants :

- 14 % des aliénés admis sont des étrangers alors que la proportion d'étrangers de la population totale est de 7 à 8 % ;
- Le taux d'aliénés chez les étrangers est de :

$$\frac{419}{370.000} = \text{environ } 11 \text{ pour } 10.000.$$

Chez les Français il n'est que de :

$$\frac{2637}{4.600.000} = \text{cinq à six pour } 10.000 \text{ (1).}$$

D'autre part, si l'on en croit M. le Préfet de la Seine, les chiffres sont les suivants :

Il y a bien eu en 1936, 419 admissions d'étrangers, mais ce chiffre porte sur un total de 5480 malades (2.424 hommes, 3056 femmes).

(1) Population étrangère dans la Seine : 370.000 (certains disent : 390.000), Population française : 4.600.000.

La proportion d'étrangers admis est donc, non pas de 14 % mais de 7,5 %, et cette proportion est plus conforme à celle des immigrés dans la population totale.

De toute façon économiquement la charge est certaine (elle est la même puisque le nombre 419 n'est pas contesté). Mais du point de vue sanitaire, on ne peut pas dire que la situation soit absolument anormale.

Les Nord-africains.

On connaît l'existence trop souvent misérable des Nord-Africains venus dans la Métropole, on a décrit leur vie en commun, leur dortoirs, leurs cités. Mais de deux choses l'une, ou ces pauvres diables deviennent la proie de la sous-alimentation, ou bien ils sombrent dans l'alcoolisme ; enfin, ils sont les meilleurs candidats aux maladies vénériennes.

On a créé des dispensaires spéciaux, un hôpital Franco-Musulman, un office de Rapatriement.

Et cependant le nombre de Nord Africains soignés dans les hôpitaux est grand. Il s'accroît même (extrait du rapport général du budget de l'Assistance Publique pour 1938 : au 5 novembre 1937 on comptait 197 malades hospitalisés contre 80 à la même date l'année précédente). La tuberculose est fréquente chez eux autant que grave et pour deux raisons : pour eux-mêmes, d'abord, et ensuite par le foyer de contagion qu'ils constituent dans leur collectivité, ou dans leur pays s'ils sont rapatriés. Ce fait a été signalé en particulier par l'Inspecteur général des Services d'hygiène

en Algérie dès 1929. On voit combien vaste et grave est le problème que posent les Nord-Africains.

Quand plus haut nous parlions de radioscopies et même de radiographies systématiques et successives, nous pensions plus spécialement à eux. Et c'est sur ces faits que nous avons fondé notre point de vue.

CONCLUSIONS

Si l'état sanitaire de l'immigration suscite des discussions économiques, médicales, prophylactiques, il faut d'abord constater néanmoins que l'immigration en France ne se distingue pas spécialement par un taux exagéré, anormal de morbidité ou d'aliénation mentale. Du seul fait que vivent chez nous des étrangers, avons-nous déjà dit, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il y ait des malades. Il y a des malades c'est un fait, mais ce serait une erreur et une injustice de dire qu'il n'y a que des malades. Il y a des malades qui le sont dans une proportion logique. On ne saurait cependant pas nier que cela pose pour nous un problème économique grave car finalement, c'est le Français (ou : surtout le Français) qui paie les frais d'hospitalisation, et les frais de traitement. Personne ne songe à nier une pareille chose, personne ne songe à minimiser une charge certaine, indéniable. Y-a-t-il des remèdes ? On pourrait évidemment proposer des œuvres privées pour les étrangers. Mais il y a des œuvres privées qui coûtent aussi cher que les organismes publics, des caisses spéciales d'assurance. Le problème semble

avoir été résolu dans l'Est (Meurthe-et-Moselle) où il existe des infirmeries et des hôpitaux spéciaux, créés par les organismes privés.

A notre avis, c'est d'abord par le contrôle, que nous réduirions le nombre de nos malades étrangers.

Lorsque le contrôle médical existe, il élimine de 10 à 25 % des candidats immigrants. Cette proportion pourrait bien se retrouver chez ceux qui ne sont pas contrôlés c'est évident. Or, nous avons vu combien le contrôle était restreint.

D'autre part, par exemple, on signale parmi les étrangers malades, de nombreux tuberculeux (1547 sur 19.600 en 1936, 1030 sur 14.555 en 1937) dont beaucoup sont déjà malades à leur arrivée en France. Un dépistage sérieux permettrait d'en éliminer un certain nombre. Or nous avons vu que même lorsqu'il était exercé, le contrôle médical était incomplet. Renforçons donc, élargissons donc le contrôle médical.

Ensuite, au début de ce chapitre, nous avons déjà signalé l'état d'indigence de beaucoup d'étrangers, état d'indigence qui contribue à deux choses :

Mauvais logement,
Mauvaise nourriture,

et en appliquant ces qualificatifs discrets nous avons l'impression de rester modeste. Qu'on se renseigne dans l'ouvrage si complet de Mauco sur la vie de certains, qu'on lise dans l'enquête de Raymond Millet ce qu'il dit des « Asiatiques grelottants qui se serrent dans des cabanes, dans des taudis, dans des caves, où

l'on a vu, par exemple à Saint-Etienne, des hommes mourir asphyxiés parce que trop de poumons se partageaient l'oxygène, dans le Nouveau Ghetto de Belleville, qui absorbe le trop plein de la classique rue des Rosiers, nous surprendrons, écrit-il, des misères que Zangwill n'avait pas imaginées et ces arabes qui « les uns par souci d'économie, les autres par nécessité ou encore par sociabilité quand ce n'est point par indifférence à l'égard de toute hygiène et de tout confort, vivent à 5, 10, à 15 dans une chambre unique, parfois dans une cave » et les bicoques des Arméniens, et les ateliers d'ouvriers clandestins, où l'on travaille de 15 à 18 heures par jour, à des salaires minimales, et où les malheureux se cachent de crainte d'être « repérés » et refoulés (1). Il y a un problème d'hygiène, très vaste qui se pose. En améliorant les conditions de logement et de nourriture, en réglementant le travail et les salaires, peut-être aurait-on moins de tuberculeux, moins de malades et améliorerait-on l'état sanitaire de toute cette immigration diverse et variée. Et peut-être aurait-on contribué à résoudre un problème d'hygiène plus générale, qui lui, intéresse non seulement les étrangers, mais toute la population française.

La conclusion de ce chapitre s'impose d'elle-même.

1^o La proportion des étrangers malades n'est pas aussi considérable qu'on le pense souvent. Néanmoins il s'agit d'une charge financière certaine ;

(1) Notons que partout où la population étrangère vit dans des conditions normales, le pourcentage des hospitalisés s'abaisse.

2° Pour la diminuer, en même temps que pour améliorer l'état sanitaire général, il faut :

- élargir le contrôle, le renforcer,
 - mettre tout en œuvre pour que chacun vive et travaille dans des conditions plus hygiéniques, plus saines, plus rationnelles.
-

CHAPITRE III

Immigration de peuplement

Dans les précédents chapitres, nous avons envisagé le Contrôle médical de l'immigration, l'état sanitaire des immigrants, en considérant les étrangers surtout comme étant venus en France d'une façon passagère, soit qu'on les ait sollicités pour nos besoins agricoles ou industriels, soit que pour des raisons variables, ils soient venus spontanément.

Mais il faut envisager l'immigration sous un autre angle, celui du *peuplement*.

En effet, beaucoup d'étrangers venus chez nous provisoirement, finissent par s'y fixer, y demeurer. Ils ont une famille, des enfants, ils se marient avec des compatriotes, ou bien s'allient à des familles françaises. Et puis, du seul fait qu'un étranger passe en France, on ne peut pas dire qu'il n'y jouera pas le rôle de procréateur.

Telle est, somme toute, l'immigration de peuplement « passive ».

D'autre part, il y a une raison démographique :

Nous n'insisterons sur le Problème de la Natalité que pour donner la statistique la plus récente. Elle

est aussi la plus inquiétante, car non seulement, elle nous apprend la persistance du mal, mais encore son aggravation progressive.

	Nombres provisoires			
	2 ^e trimestre 1938	2 ^e trimestre 1937	Six premiers mois 1938	Six premiers mois 1937
Mariages.....	75.900	77.269	130.539	132.270
Divorces.....	6.626	6.394	11.907	11.600
Naissances d'enfants vivants.....	156.733	158.602	313.896	317.207
Mort-nés.....	5.893	6.026	11.697	12.045
Décès de moins d'un an.....	10.827	10.296	21.284	22.901
Décès d'un an et plus.	153.632	146.445	336.112	311.511
Décès au total.....	164.459	156.741	357.396	334.412
Excédent des nais- sances ou des décès.	-7.728	+1.861	-43.410	-17.205

A ces problèmes démographiques, il y a évidemment une solution, c'est de pratiquer la politique de natalité, c'est d'encourager les mariages, les naissances, c'est de favoriser les familles nombreuses. Or, cette solution est évidemment la seule entièrement bonne, entièrement satisfaisante.

Mais sans s'attarder sur ce qu'elle a d'aléatoire, après tout, il faut bien convenir qu'elle ne peut donner des résultats immédiats.

Or, le danger est actuel.

Rien d'étonnant donc à ce qu'on ait considéré l'immigration comme un des facteurs devant nous donner, rapidement, un appoint démographique indispensable.

Dans certaines limites, sous certaines conditions naturellement.

Rien d'étonnant, puisque cette immigration existe déjà. Au lieu de la subir, ne serait-il pas préférable de la diriger ? au mieux des intérêts, de la santé de la nation. On ne peut pas en effet — et personne n'y songe, s'opposer complètement à l'immigration de peuplement — car au point de vue sanitaire, plus la vie de l'immigration se rapproche de la vie française, plus les taux de morbidité sont voisins.

Au point de vue historique, aussi, il est difficile d'oublier ceux qui, bien que d'origine étrangère ont cependant contribué au Génie de la France, à la gloire de notre pays.

Nous n'avons pas ici à citer de noms, mais tout de même, en ce qui concerne la Médecine et la Science n'en est-il pas qui nous viennent à l'esprit malgré nous, tels que ceux d'Orfila, de Babinski et de Mme Curie (pour ne parler que des disparus).

Et il faut avouer qu'en France où la mesure évidemment semble à peu près inévitable, on s'accorde d'une façon presque unanime pour admettre cette immigration de peuplement, à condition qu'elle soit « dirigée » et qu'on opère une sélection.

Ce problème, on le conçoit, présente des côtés multiples administratifs, professionnels, policiers, moraux, mais aussi des côtés médicaux et ethniques que nous allons essayer de préciser.

La question n'est pas nouvelle, il faut bien le dire, et depuis longtemps déjà elle a été posée.

Sélection.

Un individu peut être sélectionné d'après sa race, d'après sa nationalité, d'après son état familial et personnel.

Mais sur quelles bases ?

On peut dire qu'en gros, il y a deux grands courants.

— L'un raciste s'appuyant sur les notions de race pure, de race supérieure, de race inférieure s'oppose à tous les métissages, à tous les mélanges, à toutes les intégrations, et l'on a vu avec quelle faveur il avait été adopté et appliqué récemment par certaines nations.

— L'autre courant se fonde sur l'égalité des races, et des nationalités, il se refuse à attribuer aux mélanges une importance spéciale, puisque déjà nous sommes tous des mélanges. Mais ne pas admettre la sélection sur la race, ne veut pas dire refuser toute sélection : il reste celle à pratiquer sur l'individu lui-même.

D'ailleurs, il est bien évident que l'idée de race possède surtout l'idée que l'on s'en fait. Le Dr Martial par exemple écrit dans *la Race française* : « On appelle race l'ensemble d'une population dont les caractères *psychologiques* latents ou manifestes (langue en particulier) et les traits anthropobiologiques constituent dans le temps (histoire) une unité distincte ». On voit d'une part l'importance qu'il donne à la psychologie. D'autre part, il déclare qu'à l'époque actuelle on ne saurait envisager de race pure, mais des *racés résultats*.

Faut-il tant s'attarder à la discussion raciale, dans le cas présent ; si nous invitons des étrangers à s'ins-

taller chez nous, nous n'irons pas chercher ceux qui évidemment sont morphologiquement ou psychologiquement les plus différents de nous. Il ne s'agira jamais que de races, ou de nationalité proches des nôtres. Et c'est pour des raisons plus logiques qu'ethniques qu'on éliminera certaines catégories, comme les Africains, les Asiatiques, les Levantins, pour des raisons de climat banales, ou à cause de leur particularisme actuel qui les rend, pour l'instant, physiquement et parfois moralement inassimilables.

Il existe dans le régime végétal, chez les animaux des incompatibilités certaines. Sans doute, en existe-t-il dans l'espèce humaine. Il semble même y avoir des incompatibilités intuitives: par exemple, les mariages franco-britanniques sont très rares. Mais, jusqu'à quel point ce fait est-il dû à un déterminisme racial. Donc il est bien difficile de tracer la limite de ces incompatibilités.

Le D^r Martial qui admet une immigration de peuplement dirigée s'est attaché depuis longtemps à la question. Et il propose une sélection à 4 degrés. Nous allons résumer ici ce qu'il nous a déclaré, à nous-même, au cours d'un fort intéressant entretien.

a) Un des caractères anthropologiques les plus constants est l'existence des groupes sanguins qui sont répartis dans les collectivités suivant une proportion déterminée et fixe.

On peut considérer le métissage comme une transfusion sanguine complète.

Et de même qu'on ne mêle pas deux sangs différents au cours d'une transfusion sanguine on ne mélangera pas deux races ayant des indices sanguins différents.

Si l'on choisit des races ou des nations, il faut sélectionner celles dont l'indice sanguin est le plus voisin du nôtre. Ainsi on obtiendra les sujets ayant le maximum d'adaptabilité physique et mentale;

b) D'autre part, nous sommes limités dans notre choix aux pays pléthoriques, c'est-à-dire pouvant supporter une émigration, ou encore, en acceptant le principe;

c) Dans les pays ainsi choisis en raison de leur surpopulation et de leur parenté ethnique, il faudra opérer la sélection des familles, sélection morale, professionnelle, physique enfin, pour éliminer tous les éléments douteux, les infirmes, les tarés, les vieillards ;

d) A l'arrivée en France, enfin pratiquer une visite de dépistage :

Pour n'introduire à l'intérieur de nos frontières que ceux qui sont parfaitement sains, et pour réaliser ainsi un contrôle dont aucune des opérations en fin de compte n'a lieu en territoire français.

En réalité, tout ne s'arrête pas là, et l'immigrant une fois installé devra s'adapter, s'assimiler.

On prévoit donc des mesures pour faciliter l'adaptation, favoriser l'assimilation.

On ne groupera pas ces étrangers en colonies trop importantes, on évitera en particulier, qu'ils constituent des majorités au sein des villages français.

On veillera à ce que la population manifeste la plus

grande bienveillance à leur égard ; les enfants iront à l'école française tout en ayant la possibilité d'apprendre leur langue maternelle.

Ainsi petit à petit, ces étrangers s'adapteront, et ils s'intégreront dans leur nouvelle collectivité matériellement, physiquement, psychologiquement.

Et le Dr Martial cite un pays où nous pourrions trouver des éléments excellents pour une immigration de peuplement : la Hollande, territoire surpeuplé, en effet, dont la parenté ethnique avec nous est très grande en raison du nombre considérable d'immigrants français, victimes des persécutions religieuses, qu'elle a reçu au xvi^e et au xvii^e siècles.

D'autre part, le Hollandais est sain, sérieux, travailleur.

* * *

On voit tout l'intérêt de la théorie du Dr Martial qui essaie de faire non seulement, une sélection individuelle ou familiale, mais aussi d'établir sur des critères précis, une sélection ethnique.

Disons tout de suite qu'on ne peut guère ne pas approuver tout ce qu'il dit tant au point de vue familial qu'individuel.

Disons tout de suite qu'on ne peut songer à contester les mesures d'adaptation psychologique, et que sur tous ces points d'ailleurs, l'accord est unanime. Reste le critère ethnique, racial, anthropologique.

Nous n'avons pas ici à prendre parti.

Mais nous devons exposer une opinion différente,

celle que le Dr Brutzkus, par exemple a donnée à R. Millet au cours de son enquête, celle qui est exposée dans la Revue : *Races et Racisme*.

En effet, quand on parle de coefficient de sang il faut distinguer deux choses :

1° L'un des quatre groupes sanguins auquel peut appartenir tout individu;

2° La proportion des groupes dans une collectivité. Or, si l'on tient compte des incompatibilités de groupe dans la transfusion sanguine, on n'en tient pas compte dans le métissage, et l'on n'a vu nulle part, les savants conseiller des unions entre gens ayant des sangs du même groupe, plutôt que les autres.

Le métissage n'est donc pas une transfusion sanguine complète.

D'autre part si l'on envisage la proportion des groupes dans une collectivité on s'aperçoit :

Que la proportion est voisine en France et en Angleterre (et entre ces deux pays nous avons déjà dit qu'il n'y avait que très peu de mariages, c'est-à-dire de métissage).

Qu'elle est différente entre France et Hollande, or cette union serait à conseiller.

Il est alors bien difficile de fixer un criterium de compatibilité suivant la Race et suivant la Nation. Et devant ces divergences d'opinion, la sagesse scientifique consiste non pas à écarter le problème mais à le considérer provisoirement suspendu.

Ne nous attardons pas à rechercher une sélection

raciale hypothétique, et à risquer de perdre ainsi de vue la sélection de l'individu.

Conservons de la sélection raciale ce que nous avons dit, limitons la aux incompatibilités évidentes et peut-être un jour le progrès scientifique nous donnera des certitudes et nous permettra de résoudre le problème en allant plus loin.

Faisons donc une sélection bornée à l'individu ; à la famille, faisons la sévère, complète, elle sera efficace. Car nous avons des bases médicales sûres, dont nous devons nous servir.

Si nous considérons un mélange racial harmonieux, mais dont les procréateurs sont syphilitiques, les enfants seront peut-être racialement purs, mais ils seront hérédo-syphilitiques. Et je préfère à ce résultat celui que donne les métissages de deux sujets sains, fussent-ils de nationalité, de race, de couleur différentes.

Les Etats-Unis n'ont jamais parlé de Racisme. Longtemps, ils ont laissé leur porte largement ouverte à toutes les immigrations.

Le résultat de tous ces mélanges a-t-il été si mauvais ? Actuellement ils opèrent une sélection sévère sur l'individu, une sélection médicale poussée ; n'en sont-ils pas satisfaits ?

La sélection est nécessaire dans l'immigration du Travail. Elle l'est encore plus dans l'immigration de peuplement.

Et si l'on pratique une sélection individuelle sévère et étendue à tous, on peut affirmer que les résultats seront satisfaisants.

CONCLUSIONS

Au cours de cette étude nous avons vu à quel point l'immigration était un problème actuel, important et grave. Nous avons vu aussi la très large place qu'occupait, ou que devrait occuper dans cette question, *le Point de vue Médical*.

Tout au long de notre travail nous avons fait des constatations, des déductions que nous avons signalées au passage.

Et, pour conclure, nous ne pouvons mieux faire que de les rappeler ici :

1° En ce qui concerne la France, on peut considérer l'immigration comme un phénomène permanent, actuellement nécessaire, inévitable en tout cas ;

2° L'immigration doit, dans la mesure du possible être contrôlée. On ne peut pas parler de contrôle efficace sans envisager un contrôle médical sérieux ;

3° L'immigration sollicitée et collective se prête à un contrôle relativement facile au contraire de l'immigration spontanée et individuelle ;

4° Il est exagéré de dire que l'immigration actuelle est caractérisée par un mauvais état sanitaire. Mais, il est exact d'affirmer que l'étranger malade constitue une charge pour la nation qui l'a accueilli ;

5° On doit cependant chercher à améliorer le « rendement sanitaire » des étrangers.

Par deux ordres de mesures :

a) par le contrôle médical, actuellement insuffisant, et :

- qu'il faut renforcer : par des examens spéciaux tels que la radioscopie au minimum et la sérologie, par des examens répétés, successifs qui seuls permettront d'évaluer l'adaptabilité physique de l'individu ;
- qu'il faut élargir, et non pas limiter aux salariés. On doit, et ceci nous semble, assez facilement, réalisable, l'étendre à tous ceux qui par leur activité ou qui par la durée de leur séjour en France intéressent directement la Santé de notre pays.

Le contrôle permettrait d'éliminer un certain nombre d'étrangers médicalement indésirables ;

b) Par l'observation des lois élémentaires de l'hygiène qui doivent régir et la vie et le travail. Car trop d'étrangers sont malades en raison de leurs conditions déplorables d'existence (promiscuité, taudis, sous-alimentation, travail clandestin...).

En dehors de ces considérations qui ont surtout trait à l'immigration de main-d'œuvre et de travail, des arguments démographiques et de fait nous font admettre l'existence de l'immigration de peuplement, et jusqu'à un certain point, sa nécessité.

Alors, puisque cette immigration existe et doit exis-

ter, mieux vaut la diriger que la subir — dans toute la mesure possible.

On le dirigera en pratiquant une *sélection*.

- *sélection passive* : on ne pourra choisir que des immigrants venant de pays pléthoriques, ou autorisant l'émigration ;
- *sélection négative* : on écartera tous ceux qui sont ou paraissent inadaptables pour des raisons variables ;
- *sélection positive médicale et sociale* : on recherche des souches jeunes et valides, robustes et laborieuses, saines moralement et physiquement on s'efforcera de favoriser leur adaptation au milieu nouveau dans lequel elles doivent vivre.

Dans l'état actuel des discussions scientifiques, il ne semble pas qu'on puisse retenir des critères fondant la sélection sur la race ou la nationalité.

La sélection sera donc surtout individuelle, mais stricte dans ses modalités, étendue dans son application, peut-on prétendre qu'elle ne nous donnerait pas déjà des résultats excellents ?

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERCOVICI. — Le contrôle sanitaire des immigrants en France. Paris, 1926.
- BRUNHES. — La géographie humaine. Paris, 1926.
- CARREL (Alexis). — L'homme, cet inconnu. Plon éd. Paris, 1936.
- CAULLERY (M.). — Les conceptions modernes de l'hérédité. Flammarion éd. Paris, 1935.
- CHROMECKI. — Le problème de l'immigration polonaise en France, 1929.
- DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et KOSSOVITCH (N.). — Les groupes sanguins. Baillière et fils éd. Paris, 1936.
- DE GOBINEAU. — Essai sur l'inégalité des races humaines. Firmin Didot éd. Paris.
- WACZMAK. — L'immigration polonaise en France. Paris, 1929.
- LAMBERT. — La France et les étrangers. Paris, 1927.
- CÈDRE. — Les émigrés russes en France. Paris, 1925.
- MARTIAL (A. René). — Organisation de l'immigration à la frontière des Pyrénées en 1917. *Revue d'Hygiène*. Masson éd. Paris, 1919.
- L'examen sanitaire des immigrants. *Revue d'Hygiène*. Paris, 1926.
- La greffe interraciale et l'immigration dans l'agriculture. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1928. Masson éd., Paris.

- Les services d'immigration en Argentine. *Bull. de l'Académie de Médecine*. Masson éd., 1929, Paris.
- Application des données de la psychologie à l'immigration outremer. Larose éd., Paris, 1930.
- Traité de l'immigration et de la greffe interraciale. Larose éd., Paris, 1931.
- L'immigration tchécoslovaque et la greffe interraciale. *Bulletin de l'Académie des Sciences mondes et politiques*. Alcan éd., Paris, 1932.
- L'immigration et les fous. Même bulletin, 1932.
- Etude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration. *L'hygiène mentale*, 1933. G. Doris éd., Paris.
- L'immigration continentale et transcontinentale. Baillière, éd., Paris, 1933.
- L'immigration et la santé publique. *Science médicale pratique*. Paris, 1933.
- L'immigration et l'avenir de la France. *Mercure de France*. Paris, 1933.
- La race française, ouvrage couronné par l'Académie des Sciences morales et politiques et par l'Académie française. *Le Mercure de France*, 1935.
- Race, groupements sanguins et hygiène mentale, in *Hygiène mentale*, 1935. Doris éd., Paris.
- Indésirables et refoulement. *Mercure de France*. Paris, 1935.
- Politique de l'immigration. *Id.*, 1935.
- Race et immigration. *Mercure de France*, 1936.
- Sélection, immigration, naturalisation. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, mai 1937.
- Métissage et immigration. Première réunion des Eugénistes de langue latine. Paris, août 1937.
- Race Hérité, Folie, étude d'anthroposociologie appli-

- quée à l'immigration. *Mercure de France* éd. Paris, 1938.
- MAUCO (Georges). — Les étrangers en France, leur rôle dans l'activité économique. Armand Colin éd. Paris, 1932.
- MILLET (Raymond). — Trois millions d'étrangers en France. Les indésirables, les bienvenus. Libr. de Médecis éd. Paris, 1938.
- NEUVILLE (H.). — L'espèce, la race et le métissage en anthropologie. Masson éd., Paris, 1933.
- NICKLENSKI. — La réglementation de l'immigration des travailleurs polonais en France. Nancy, 1930.
- NICOLLE (Ch.). — Destin des maladies infectieuses. Alcan, 1937.
- PAIRAULT. — L'immigration organisée. Presses universit. éd., Paris, 1926.
- PLUYETTE. — La doctrine des races et la sélection de l'immigration en France. Paris, 1930.
- RIVET (P.). — Les races humaines. F. Alcan éd. Paris, 1936.
- SIEMENS (H. W.). — Hygiène des races et politique de peuplement. Legrand éd., Paris, 1929.

* * *

De plus :

- *Collection de Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris.*
- *Collection de Race et Racismes.* Revue (47, rue de Miromesnil, 8^e), 1937-1938.
- *Etudes et Documents du B. I. T.*
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	13
Chapitre I. — Le Contrôle de l'Immigration.....	18
Chapitre II. — L'Etat Sanitaire de l'Immigration.....	30
Chapitre III. — Immigration de Peuplement.	47
Conclusions	56
Bibliographie.....	59
